Deutscher Bundestag **Drucksache 17/8006**

17. Wahlperiode 30. 11. 2011

Bericht

des Haushaltsausschusses (8. Ausschuss) gemäß § 96 der Geschäftsordnung

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 17/6906, 17/7274, 17/8005 –

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

Bericht der Abgeordneten Otto Fricke, Alois Karl, Ewald Schurer, Michael Leutert und Katja Dörner

Mit dem Gesetzentwurf ist beabsichtigt, bürokratische Hemmnisse abzubauen, den Zugang zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sicherzustellen und die Behandlungsabläufe für Patientinnen und Patienten zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen besser abzustimmen, um eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Die finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs auf die öffentlichen Haushalte unter Berücksichtigung der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit beschlossenen Änderungen stellen sich wie folgt dar:

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund, Länder und Gemeinden.

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand

Beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte entstehen möglicherweise Mehrbelastungen für den Bund im niedrigen einstelligen Millionenbereich, die in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen werden können.

2. Haushaltsausgaben mit Vollzugsaufwand

a) Bund, Länder und Gemeinden

Dem Bundesversicherungsamt werden neue Aufgaben übertragen und vorhandene Aufgaben werden ausgeweitet. Andererseits werden bestehende Aufgaben eingeschränkt. Dem Bundesversicherungsamt entsteht dadurch per saldo ein geringer personeller und sächlicher Mehraufwand. Hierfür sind im Bundeshaushalt 2012 acht neue Planstellen ausgebracht worden. Davon sind sechs aus dem Personalüberhang des Bundes zu besetzen.

Die Übernahme der Aufgaben der Vertrauensstelle und der Datenaufbereitungsstelle (§§ 303c und 303d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) macht darüber hinaus eine zusätzliche Personalausstattung bei einer noch durch eine Rechtsverordnung zu bestimmenden ausführenden Behörde des Bundes notwendig. Hierfür sind im Bundeshaushalt 2012 beim Bundesversicherungsamt fünf weitere neue Planstellen ausgebracht worden. Diese sind gesperrt bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung. Die durch diese Stellen entstehenden Kosten (einschließlich der Sachkosten) werden vollständig von den Krankenkassen erstattet und über Nutzungsentgelte refinanziert.

Für die Bundesländer kann durch die erweiterten Beanstandungs- und Beteiligungsrechte im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sowie das Recht, ein sektorübergreifendes Gremium zu schaffen, in geringem Umfang derzeit nicht quantifizierbarer Mehraufwand entstehen, der von der konkreten Ausgestaltung auf der jeweiligen Länderebene abhängt.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die im Jahr 2010 verabschiedeten ausgabenbegrenzenden Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes, des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften wurde die GKV ab dem Jahr 2011 in einer Größenordnung von insgesamt rund 3,5 Mrd. Euro finanzwirksam entlastet. Die Maßnahmen des Versorgungsstrukturgesetzes dienen vor allem der nachhaltigen Verbesserung und Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung und fördern auch langfristig die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit werden der Selbstverwaltung im vertragsärztlichen Bereich Instrumente an die Hand gegeben, Versorgungslücken im ambulanten Sektor insbesondere in ländlichen und in strukturschwachen urbanen Regionen zu schließen und damit auch die Inanspruchnahme aufwändigerer Versorgungen vor allem im Bereich der stationären Versorgung und der Versorgung mit Notfall- und Rettungsdiensten zu vermeiden. Es ist notwendig und langfristig auch aus finanzieller Sicht durchaus sinnvoll, Versorgungsstrukturen zu stützen, bevor Versorgungsdefizite vermehrt entstehen und daraus hohe Mehrausgaben resultieren.

Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen können einerseits durch Preiszuschläge für besonders förderungswürdige vertragsärztliche Leistungserbringer in strukturschwachen Gebieten sowie durch Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen entstehen, deren Umfang in den Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen festgelegt wird. Diese Mehrausgaben könnten sich – je nach Umsetzung durch die Vertragspartner – insgesamt auf eine geschätzte jährliche Größenordnung zwischen 150 bis 200 Mio. Euro belaufen. Durch die Bildung von Strukturfonds bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die von allen Krankenkassen mit einem zusätzlichen Ausgabenbetrag in Höhe von 0,1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung mitzufinanzieren sind, können Mehrausgaben der Krankenkassen in einer Größenordnung von ca. 25 Mio. Euro entstehen, so dass sich die Summe der geschätzten jährlichen Mehrausgaben auf eine Größenordnung von rund 200 Mio. Euro beläuft. Solchen Mehrausgaben stehen im erheblichen nicht quantifizierbaren Umfang Minderausgaben durch Vermeidung unnötiger Einweisungen zur stationären Versorgung oder von Krankentransporten und Rettungsfahrten insbesondere in strukturschwachen Regionen gegenüber, die aus einer Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich resultieren. Die Bundesregierung wird die mit diesen Maßnahmen verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren.

Durch die Reform der vertragsärztlichen Vergütungssystematik wird das Vergütungsgeschehen weitgehend regionalisiert. Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen entstehen dadurch nicht. Das Morbiditätsrisiko, das heißt Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten, liegt wie bisher auf Seite der Krankenkassen: Das bedeutet, dass die Krankenkassen höhere Gesamtvergütungen für die vertragsärztlichen Leistungen veranschlagen müssen, wenn der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf der Versicherten im Zeitablauf ansteigt oder wenn Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich verlagert werden. Sofern es im Zeitablauf einen Anstieg bei den für Arztpraxen relevanten Kosten gibt, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann, sind von den Krankenkassen auch die sich daraus ergebenden Effekte in Form höherer Preise zusätzlich zu vergüten.

Mit der Aufhebung der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführten zeitlich beschränkt auf die Jahre 2011 und 2012 vorgesehenen Regelungen zur Ausgabenbegrenzung können im Bereich der extrabudgetären Leistungen (insbesondere des ambulanten Operierens) im Jahr 2012 zwar nicht quantifizierbare Mehrausgaben bei der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbunden sein. Diesen aus einer vorzeitigen Aufhebung dieser Ausgabenbegrenzungen resultierenden einmaligen Mehrausgaben stehen nicht quantifizierbare Minderausgaben durch die Vermeidung von stationären Behandlungen gegenüber.

Für das Jahr 2013 entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung im Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung durch die Neujustierung der Honorarstrukturen Mehrausgaben von bis zu 120 Mio. Euro. Die Bundesregierung wird die mit diesen Maßnahmen verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im vertragszahnärztlichen Bereich einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren.

Der Leistungsumfang eines ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs umfasst zum einen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen oder hochspezialisierte Leistungen. Die ökonomischen Auswirkungen der Bildung eines ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs werden im Wesentlichen vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch die von ihm vorgenommene Ausgestaltung dieses Versorgungsbereichs determiniert sowie von den die Vergütungen vereinbarenden Vertragspartnern.

Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wie Qualitätsanforderungen, Überweisungserfordernisse und die Verpflichtung zu Kooperationen zwischen den Leistungserbringern wirken einer extensiven Teilnahme der Leistungserbringer entgegen. Zudem betrifft der spezialärztliche Versorgungsbereich Indikationen ohne hohe Mengenrisiken. Die Möglichkeiten einer angebotsinduzierten Nachfrage sind als gering einzuschätzen, da es sich um schwere oder seltene Erkrankungen handelt. Die Versorgung dieser Krankheiten erfolgt bereits derzeit entweder ambulant oder stationär, die Leistungen werden zukünftig durch die Vor-

gaben des neuen Versorgungsbereiches aber gezielter und qualitativ hochwertiger erbracht werden.

Im Übrigen bietet die Regelung neben der Optimierung der Patientenversorgung bei Erkrankungen und Leistungen mit besonderem spezialärztlichen Versorgungsbedarf auch günstige Synergieeffekte und Kosteneinsparpotentiale, insbesondere durch Vermeidung stationärer Aufenthalte und von Kosten infolge von Komplikationen und Folgeerkrankungen, die allerdings nicht quantifizierbar sind. Die Erhöhung der Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich bringt zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich mit sich, denn inzwischen ist es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachte Behandlungen ambulant durchzuführen. Die qualifiziertere Behandlung im Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung führt in einer Gesamteinschätzung damit nicht einseitig zu höheren Ausgaben, sondern gleichzeitig in der Perspektive zu Einsparungen aufgrund einer effizienteren Versorgung durch eine gezieltere Diagnostik und bedarfsgerechtere Behandlung.

Durch die Möglichkeit der Erprobung innovativer Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss können Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung über den Systemzuschlag nach den §§ 91, 139c SGB V entstehen. Ausgehend von den bisherigen Erfahrungen der Methodenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss können fünf Erprobungen pro Jahr mit einer Laufzeit von 5 Jahren pro Erprobung angenommen werden. Bei angenommenen jeweiligen mit der Erprobung verbundenen Overhead-Kosten von ca. 0,5 Mio. Euro pro Erprobung und Jahr, entstünden im ersten Jahr Kosten von ca. 2,5 Mio. Euro, im zweiten Jahr 5 Mio., im dritten Jahr 7,5 Mio., im vierten Jahr 10 Mio. und ab dem fünften Jahr dann 12,5 Mio. Euro jährlich. Diese Kosten werden durch die angemessene Beteiligung von betroffenen Herstellern oder Anbietern der zu erprobenden Methode erheblich reduziert.

Durch die Ausweitung der bisherigen Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen können in dem Umfang, in dem die einzelnen Krankenkassen von diesen Möglichkeiten Gebrauch machen, Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen. Solche Mehrausgaben sind – sofern sie jeweils nicht aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds oder vorhandenen Finanzreserven abgedeckt werden können – aus Zusatzbeiträgen zu finanzieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch die Erweiterung von Satzungsleistungen auch aufwändigere Behandlungen verkürzt oder vermieden werden und dadurch Einsparungen erzielt werden können.

Durch die Neuregelungen zur Datentransparenz (§ 303a ff. SGB V) entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012 geschätzte Mehrausgaben in Höhe von rund 1,5 Mio. Euro und in den Folgejahren jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 0,5 Mio. Euro, die sich durch die Einnahme von Nutzungsgebühren reduzieren werden.

Die Bundesregierung wird die mit den Maßnahmen nach Artikel 1 §§ 85 und 87a Absatz 2 Satz 3 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren. Das Ergebnis der Evaluierungen wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd berücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben. Der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich bleibt unberührt.

Die beitragsfreie Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres für Kinder, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten (§ 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V). Nach geltender Rechtslage verlängert sie sich im Ausnahmefall dann, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch die Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert wird, um einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus. Zukünftig soll eine solche Verlängerungsmöglichkeit für eine Dauer von maximal zwölf Monaten auch für alle gesetzlich geregelten Freiwilligendienste gelten. Dadurch ergeben sich für die GKV geschätzte Mindereinnahmen für den Personenkreis der Freiwilligendienste von ca. 9 Mio. Euro jährlich.

Diese Mindereinnahmen sind allerdings deutlich geringer als die Beitragsausfälle, die der GKV durch die bisherige Verlängerung der Familienversicherung für Wehr- und Zivildienstleistende entstanden sind.

Aufgrund der verbesserten Finanzierung der pädiatrischen Hochschulambulanzen (§ 120 SGB V) könnten sich geschätzte Mehrausgaben für die GKV in Höhe von jährlich 6 bis 10 Mio. Euro (bundesweit) ergeben.

Die Neuregelung zur Verbesserung der Honorierung der Vertragszahnärzte, die Pflegebedürftige oder Bezieher von Eingliederungshilfe aufsuchen, wird im Laufe des Jahres 2012, voraussichtlich ab der Jahresmitte finanzwirksam; im Jahr 2012 ist vor diesem Hintergrund mit Mehrausgaben für die GKV in Höhe von schätzungsweise 3 Mio. Euro zu rechnen. Ab 2013 betragen die geschätzten GKV-Mehrausgaben der Neuregelung p. a. 7 Mio. Euro.

Die Mehrkosten für die Krankenkassen durch die vorgesehene Prüfung und Testierung der Jahresrechnungen durch einen Wirtschaftsprüfer (§ 77 Absatz 1a SGB IV) sind zwar nicht genau quantifizierbar, da verschiedene Krankenkassen schon heute Wirtschaftsprüfer beauftragen und somit bei diesen Kassen kein abweichender Aufwand entsteht. Bei Kassen, die die Prüfung bisher von anderen Institutionen oder Personen vornehmen lassen, erhöhen sich die Prüfkosten unter Umständen. Es ist aber insgesamt für die gesetzliche Krankenversicherung nur von einem Mehraufwand im niedrigen einstelligen Millionenbereich auszugehen.

Sonstige Kosten

Kosten für die Wirtschaft, die über die unten aufgeführten Bürokratiekosten hinausgehen, können durch die vorgesehene Beteiligung der Hersteller an den Kosten der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entstehen. Die Höhe der damit verbundenen Kosten bei den betroffenen Unternehmen ist derzeit nicht abschätzbar. Größere Auswirkungen auf die Einzelpreise der medizinischen

Dienstleistungen oder Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Bürokratiekosten

a) Bürokratiekosten für die Wirtschaft

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält sieben neue Informationspflichten für die Wirtschaft.

Der Entwurf enthält eine einmalig anfallende Informationspflicht für medizinische Versorgungszentren. Diese haben gegenüber dem jeweiligen Zulassungsausschuss nachzuweisen, dass der ärztliche Leiter in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig ist. Im Rahmen der Ex-ante-Schätzung sind Kosten in Höhe von insgesamt 9 600 Euro zu erwarten.

Im Zuge der Einführung eines sektorübergreifenden Versorgungsbereichs für die ambulante spezialärztliche Versorgung werden zwei neue Informationspflichten eingeführt.

Zum einen müssen Leistungserbringer, die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen möchten, gegenüber der zuständigen Landesbehörde einmalig anzeigen, dass sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen. Zum anderen müssen die zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer ihre Teilnahme unter Angabe des Leistungsbereichs, auf den sich ihre Zulassung erstreckt, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. In beiden Fällen ist der Zeitaufwand als gering anzusehen, so dass auch die anfallenden Bürokratiekosten insgesamt gering ausfallen werden.

Im Rahmen der neu geschaffenen Möglichkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses, eine Richtlinie zur Erprobung neuer Methoden zu beschließen, können drei Informationspflichten für die Wirtschaft entstehen.

Zum einen müssen die Leistungserbringer (z. B. Ärzte und Krankenhäuser), die an der Erprobung einer neuen Leistung teilnehmen wollen, gegenüber der mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung beauftragten Institution nachweisen, dass sie die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Anforderungen erfüllen. Zum anderen sind die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtet, die für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erforderlichen Daten zu dokumentieren und der beauftragten Institution zur Verfügung zu stellen. Für den hierdurch entstehenden zusätzlichen Aufwand erhalten die teilnehmenden Leistungserbringer eine angemessene Aufwandsentschädigung von der beauftragten Institution. Schließlich können Medizinproduktehersteller oder in sonstiger Weise Anbieter einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode beim G-BA beantragen, dass er eine Richtlinie zur Erprobung beschließt. Es ist derzeit nicht absehbar, wie häufig der G-BA Richtlinien zur Erprobung beschließen wird und wie viele Medizinproduktehersteller eine Erprobung beantragen werden.

Diesen zum Teil im Einzelnen nicht bezifferbaren zusätzlichen Bürokratiekosten stehen konkrete Entlastungen gegenüber.

Durch den Wegfall der bisherigen Ambulanten Kodierrichtlinien wird der Verschlüsselungsaufwand bei der Angabe der Behandlungsdiagnosen für die einzelne Ärztin bzw. den einzelnen Arzt reduziert.

Im Zuge der Maßnahmen zur Entbürokratisierung der Regelungen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen entfällt das Erfordernis der zusätzlichen Unterschrift der Erstdokumentation und damit der papiergebundenen Einreichung der sogenannten Versandliste. Daraus folgt eine Verringerung der Bürokratiekosten um ca. 100 000 Euro pro Jahr.

Durch die Einführung eines sektorübergreifenden Versorgungsbereichs für die ambulante spezialärztliche Versorgung wird eine Informationspflicht für die teilnehmenden Krankenhäuser modifiziert und ihr bisheriger Aufwand im Rahmen ihrer Bestimmungen durch die Länder reduziert.

Durch die verbindliche Festlegung anzuerkennender Praxisbesonderheiten entfällt für entsprechende Fälle die Darlegungs- und Begründungspflicht bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens.

b) Bürokratiekosten für Bürgerinnen und Bürger

Es wird eine neue Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger eingeführt.

c) Bürokratiekosten für die Verwaltung

Im Zuge der Regionalisierung und Dezentralisierung bei den Neuregelungen zur vertragsärztlichen Vergütung und Bedarfsplanung entstehen der Verwaltung in der vertragsärztlichen Versorgung neun neue Informationspflichten.

Dem stehen in der vertragsärztlichen Versorgung sieben wegfallende Informationspflichten gegenüber.

In der vertragszahnärztlichen Versorgung entsteht eine neue Informationspflicht. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen jeweils zum 1. Oktober eines Jahres die Zahl ihrer Versicherten mitzuteilen.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss entstehen durch die Pflicht, in der Begründung zu seinen Beschlüssen eine Bürokratiekostenschätzung zu dokumentieren, neue Informationspflichten.

Den gesetzlichen Krankenkassen entstehen im Rahmen der Regelungen zu Kassenschließungen und der Wahrung der Versichertenrechte in diesem Zusammenhang vier Informationspflichten.

Im Rahmen der Abrechnungen zwischen Krankenkassen und sonstigen Leistungserbringern entfallen zwei Informationspflichten.

Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen entfallen zwei Informations- oder Meldepflichten. Durch die Entfristung der Zulassungen entfällt die Pflicht der Krankenkassen, die Wiederzulassung der Programme beim Bundesversicherungsamt zu beantragen. Beim Bundesversicherungsamt entfällt der mit der Erteilung von Wiederzulassungen verbundene Verwaltungsaufwand.

Der Haushaltsausschuss hält den Gesetzentwurf mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für mit der Haushaltslage des Bundes vereinbar.

Die Finanzplanung des Bundes für die Folgejahre ist entsprechend fortzuschreiben.

Dieser Bericht beruht auf der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit vorgelegten Beschlussempfehlung.

Berlin, den 30. November 2011

Der Haushaltsausschuss

Petra Merkel (Berlin)
Vorsitzende

Otto Fricke
Berichterstatter

Alois Karl
Berichterstatter

Ewald Schurer
Berichterstatter

Michael Leutert
Berichterstatter

Katja Dörner
Berichterstatterin

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333